

12. ¿Usted ha tomado vitaminas o minerales en el último mes? No Sí (CDC)
Si contesta sí, ¿qué está tomando? _____
13. En el mes antes de estar embarazado con este bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multi-vitamina (una píldora que contiene muchas vitaminas y minerales diversos)? _____ (CDC)
14. ¿Consumen usted ácido fólico de comidas fortificadas y/o toma un suplemento de ácido fólico diario? No Sí 426
(Para CPA, menos de 400 mcg de ácido fólico de alimento fortificado o suplementos diarios = riesgo)
15. ¿Usted tiene preocupaciones por los cambios del pecho o salud del pecho? No Sí
16. Durante su embarazo más reciente, ¿te dijo un médico que usted tuviera diabetes gestacional?
 No Sí 303 (CDC)
17. Durante su embarazo más reciente, ¿tenía alta presión sanguínea? No Sí 345+ (CDC)
18. Favor de marcar (✓) a todo que sea verdad sobre cualquier parto **antes de este embarazo**:
 Nunca he sido embarazada
 Historia de diabetes gestacional
 Infante pesó 9 libras o más 337
19. ¿Tiene usted problemas dentales que le hacen difícil comer? No Sí 381

USO DE ALCOHOL

20. Favor de marcar (✓) qué lo que es verdad sobre sus hábitos de tomar alcohol.
 No tomo alcohol.
 Tomo menos de 2 bebidas alcohólicas por día.
 Tomo 2 o más bebidas alcohólicas por día. 372
 Tomé 5 o más bebidas alcohólicas en un día el mes pasado. 372
 Tomé 5 o más bebidas alcohólicas en 5 o más días el mes pasado. 372
21. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, ¿por cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? (CDC)
Número de días cada semana _____ Número de días cada mes _____
22. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio por una semana? (CDC)
Una bebida es: una copa de licor, una lata o botella de vino,
una lata o botella de cerveza, un vaso de vino, o un cóctel
Número promedio de bebidas _____ Nada de bebidas _____
372
23. **Desde que su embarazo terminó**, ¿por cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? (CDC)
Número de días cada semana _____ Número de días cada mes _____
372
24. **Desde que su embarazo terminó**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio? (CDC)
Número promedio de bebidas _____ Nada de bebidas _____
372 (≥2)

	Days last trimester
	Drinks last trimester
	Alcohol now days/week
	Alcohol now drinks/day

USO DE TABACO

25. ¿Fuma cigarrillos, pipas, o cigarros? No Sí ³⁷¹ (B tabaco solamente)
26. Si contesta sí al #25, ¿cuántos cigarrillos, paquetes de cigarrillos, pipas, o cigarros fuma **ahorra** cada día?
Cantidad por día _____ (cigarrillos paquetes -- seleccione uno) (CDC)
27. ¿Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, ¿cuántos cigarrillos, pipas, o cigarros fumo al día por promedio? (20 cigarrillos = 1 paquete) (CDC)
Cantidad por día _____ No fumo _____
28. ¿Cómo ha cambiado sus hábitos de fumar durante su embarazo más reciente? (CDC)
 No fumé (8) No hubo cambio, traté de reducirlo
 Lo dejé completamente (2) pero no pude (3)
 Fumo menos (1) No hay cambio, sigo fumando igual (7)
 Empecé a fumar (4) No sé (9)
29. ¿Hay cualquier persona que vive en su hogar que fuma dentro del hogar? No Sí (CDC)
30. ¿Quisiera usted información sobre el control de la natalidad o de la planificación familiar? No Sí

Cigarettes now
Cigarettes last trimester
Cigarettes change

SU SALUD:

Describa los bocadillos y comidas que usted come:
(¿cuándo, dónde, con quién?)

¿Cuáles son los alimentos que usted cree que debería consumir más a menudo?

¿Cómo se siente sobre su peso?

¿Qué actividades le gusta para pasar el tiempo?

¿Cuántas comidas consume la mayoría de los días?___

¿Cuántos bocadillos consume la mayoría de los días?___

¿Cuántas veces bebe leche en un día? _____

Mi apetito es usualmente: Bueno _____ Regular _____ Pobre _____

¿Se encuentra bajo una dieta especial (prescrito por un médico)? _____ 403+

¿Cuántas veces por semana se alimenta con comida rápida? _____

**¿Consume o bebe algunos de los siguientes alimentos todos los días o casi todos los días?
(marque todos los que correspondan)**

1. ___ Leche Qué clase _____
2. ___ Bebidas gaseosas (pop) u otras bebidas endulzadas
3. ___ Dulces o bocadillos salados
4. ___ Granos enteros
5. ___ Frutas y vegetales

¿Consume o bebe algunos de los siguientes? (marque todos los que correspondan) 405

6. ___ Jugo o leche sin pasteurizar (cruda)
7. ___ Queso blando (como feta, brie, camembert, azul o queso estilo mexicano como queso blanco, queso fresco o Panela a menos que se rotule como hecho con leche pasteurizada)
8. ___ Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción
9. ___ Brotes crudos o tofu crudo o con poca cocción
10. ___ Paté congelado o pastas a base de carne o mariscos ahumados
11. ___ Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli que no se calientan hasta el hervor

¿Usted? (marque todos los que correspondan)

12. ___ Se alimenta con una dieta vegetariana estricta 402 o 403
13. ___ Se alimenta con una dieta de bajas calorías/para pérdida de peso 403
14. ___ Sigue una dieta baja en hidratos de carbono, alta en proteínas (como la de Atkins, etc.) 403
15. ___ Come poco debido a una cirugía en el estómago para perder peso 403
16. ___ Regularmente consume elementos no comestibles (cenizas, fibras de alfombra, cigarrillos o colillas de cigarrillos, arcilla, polvillo, goma espuma, trozos de pintura, tierra, almidón para ropa o de maíz) 421
17. ___ Usa remedios de suplementos de hierbas o tés 423 ¿Qué clase? _____

Favor de contestar lo siguiente si puede: Favor de marcar (√) lo que es verdad sobre su **embarazo o parto más reciente**.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto 321 | <input type="checkbox"/> Menos de 16 meses entre el final del |
| <input type="checkbox"/> Infante murió dentro de sus 28 días de vida 321 | <input type="checkbox"/> último embarazo y empezar de éste 332 |
| <input type="checkbox"/> Menos de 18 años de edad al embaraza 331 | <input type="checkbox"/> Menos de 20 años de edad al embarazar y |
| | <input type="checkbox"/> tuve 3 o más embarazos anteriores |
| | <input type="checkbox"/> durando 5 meses o más 333 |

Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar el personal que he terminado.

WIC STAFF USE ONLY

Biochemical Risk		Non-Smoking		Any Smoking Up to 19 cigarettes/day		Any Smoking 20 to 39 cigarettes/day		Smoking 40 or more cigarettes/day	
				Hct.%	Hgb. gm	Hct.%	Hgb. gm	Hct.%	Hgb. gm
Code	Status								
201	BN Postpartum 15 years	<36.0	<12.0	<37.0	<12.3	<38.0	<12.5	<38.0	<12.7
	BN Postpartum <15 years	<36.0	<11.8	<37.0	<12.1	<38.0	<12.3	<38.0	<12.5

WIC Anthropometric Risk			BMI Table for Determining Weight Classification for Non-Pregnant Women				
<u>High Maternal Weight Gain*</u>	112	<u>Category C and D OVERWEIGHT</u>	Height	A	B	C	D
133	Category A > 40#	Non-breastfeeding and breastfeeding women <6 months postpartum, pre-Pregnancy BMI ≥25.	inches	BMI <18.5	BMI 18.5-24.9	BMI 25.0-29.9	BMI >30.0
	Category B > 35#		58	<89	89-118	119-142	>142
	Category C > 25#		59	<92	92-123	124-147	>147
	Category D > 15#	102 <u>Category A UNDERWEIGHT</u>	60	<95	95-127	128-152	>152
		Non-breastfeeding and breastfeeding Women < 6 months postpartum, pre-pregnancy or current BMI < 18.5.	61	<98	98-131	132-157	>157
			62	<101	101-135	136-163	>163
			63	<105	105-140	141-168	>168
			64	<108	108-144	145-173	>173
			65	<111	111-149	150-179	>179
			66	<115	115-154	155-185	>185
			67	<118	118-158	159-190	>190
			68	<122	122-163	164-196	>196
			69	<125	125-168	169-202	>202
			70	<129	129-173	174-208	>208
			71	<133	133-178	179-214	>214
			72	<137	137-183	184-220	>220

Referral Codes:

- | | |
|---|--|
| __01 EPSDT
__02 Family Planning
__03 Infant Support Services
__04 Maternal Support Services
__05 Hearing Screening
__06 Vision Screening
__07 Public Health Nursing
__08 Children's Special Health Care Services
__09 Food Stamps/Cash Out
__10 Family Independence Agency
__11 Medicaid
__12 Preventive/Protective Services
__13 MSU Extension
__14 Intermediate School District
__15 Substance Abuse Counseling/Treatment
__16 Dental
__17 Private Physician
__18 Registered Dietitian-WIC
__19 Registered Dietitian-Non-WIC
__20 STD Clinic
__21 Well Child Clinic
__22 Com. Mental Health & Mental Health Serv.
__23 Healthy Kids (MICH-CARE)
__24 Prenatal clinic
__25 Head Start
__26 CSFP/Focus: HOPE
__27 Emergency Food Pantry/ Programs & TEFAP | __28 Non-Food Emergency Services
__29 Job Training Employment
__30 Migrant Services
__31 Parenting Classes
__32 Lactation Specialist
__33 Breastfeeding Peer Support-LLL
__34 Early On
__35 Legal Aid
__36 Environmental Health
__37 Lead Screening
__38 MI Child
__39 Prenatal Enrollment/
Coordination Program
__40 Immunization Assessment w/ Card
__41 Immunization Assessment-No Card
__42 Immunization Card-No Assessment
__43 No Immunization Card-No Assessment
__44 Vaccinated in WIC
__45 Immunization Referral-Local Imm. Clinic
__46 Immunization Referral-Doctor
__47 No Immunization Needed
__50 New Voter Registration
__51 Voter Changed Address
__52 Voter Registration Declined
__53 Voter Mailed Form
__59 Social Worker
__60 Healthy Start |
|---|--|

*Based on Body Mass Index Estimates

- | |
|--|
| __61 Summer Feeding Program
__62 Child Support Services
__63 Smoking Cessation
__64 Project FRESH
__65 Women's Shelter/Resource
__66 Strong Families/Safe Children
__67 Maternity Outpatient Med. Serv. Prog. (MOMS)
__95 _____
__96 _____
__97 _____
__98 _____
__99 _____ |
|--|

CPA Notes Nutrition Education Plan:

The following breastfeeding information was provided:

- Pamphlets
 BF classes
 Support Group
 BFI/LLL/LC
 Referrals
 Breast pump Education
 Other:

CPA Signature _____

Date _____